Di

Lane Medical Library

Ueber

den Zusammenhang von Nierendislokation

und

Magenerweiterung.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medicinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt

von

Erich Riemann,

approb. Arzt aus Przellenk (Ost-Preussen).

Opponenten:

Herr **R. Sauer,** approb. Arzt.

„ **R. Hartmann,** cand. med.

„ **C. Schlüter,** cand. med.

Kiel.

Druck von Schmidt & Klaunig.

1888.

Ueber

den Zusammenhang von Nierendislokation

und

Magenerweiterung.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medicinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt

von

Erich Riemann,

approb. Arzt aus Przellenk (Ost-Preussen).

Opponenten:

Herr **R. Sauer**, approb. Arzt.

„ **R. Hartmann**, cand. med.

„ **C. Schlüter**, cand. med.

Kiel.

Druck von Schmidt & Klaunig.

1888.

No. 21.

Rectoratsjahr 1888/89.

Referent: **Quincke.**

Zum Druck genehmigt:
Dr. **Werth,** z. Z. Decan.

Meinen lieben Eltern

in innigster Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0209

Unter Wanderniere versteht man diejenige pathologische Veränderung in der Lage der Niere, bei welcher diese sich von ihrer normalen Stelle dauernd oder zeitweise entfernt und sich durch einen grösseren oder geringeren Grad von Beweglichkeit auszeichnet.

Schon die älteren Autoren (Mesue, Riolan) kannten zwar das Vorhandensein der beweglichen Niere, aber erst durch Rayer [1]) sind die Erscheinungen derselben so gewürdigt worden, dass eine Diagnose möglich wurde; es ist daher überwiegend das Verdienst des französischen Forschers, dass die Kenntniss dieses Zustandes jetzt allgemein geläufig ist. Derselbe Autor nimmt nun an, dass der Druck, welchen vergrösserte Nachbarorgane, besonders Leber- und Milztumoren, ausüben, eine wichtige Ursache für die Beweglichkeit der Niere sei. Ihm schliesst sich Rollet [2]) an. Desgleichen wird von Steiger in der Würzburger medicinischen Wochenschrift 1867 ein Fall von beweglicher Niere erwähnt, welcher durch einen Lebertumor erzeugt worden ist. Derselbe habe zuerst das die Niere umgebende Zellgewebe gezerrt, verlängert, und bei seinem Zurücktreten der Niere Spielraum zum Wandern gelassen.

Weiterhin sollen alle Momente Beweglichkeit der Niere hervorrufen, welche im Stande sind, das die Niere an ihrer Insertion umhüllende, sehr fettreiche bindegewebige Lager, die s. g. capsula adiposa, zum Schwunde zu bringen oder dasselbe zu lockern und das darüber ausgespannte Bauchfell zu erschlaffen. So schuldigt Oppolzer [3]) acut fieberhafte Krankheiten, schnelle Abmagerung zuvor fetter Individuen dafür an.

Auch der Menstruation ist von Becquet [4]) ein Einfluss bezüglich der Entstehung der Wanderniere zugesprochen worden. Es soll nach diesem Autor durch einen freilich noch nicht

bewiesenen Zusammenhang zwischen plexus ovaricus und plexus renalis auch eine Congestion zur Niere und Nierenkapsel und hierdurch eine Volumenvermehrung dieser stattfinden. Durch dieses vermehrte Gewicht der Niere soll ähnlich wie bei den Geschwülsten der Niere selbst das wichtigste Befestigungsmittel, die Kapsel, eine hochgradige Zerrung und Lockerung erfahren.

Rosenstein [5]) giebt an, dass das häufige Vorkommen von beweglicher Niere in der tieferen Lage der rechten Niere und der grösseren Länge ihrer Arterien wohl begründet sein. Andere stimmen dem bei und fügen ausserdem hinzu, dass der tiefere Stand der rechten Niere der Leber zuzuschreiben sei.

Eine wichtige und häufige Ursache für ren mobilis wird von Landau [6]) in dem Vorfall der weiblichen Genitalien gesehen. Da diese nämlich sowohl durch das Peritoneum als auch durch den Harnleiter, der nahe am corpus uteri bis zum obersten Dritttheil der Scheide in derselben verläuft, mit den Nieren in unmittelbarer Beziehung stehen, so wird durch den Vorfall derselben die Niere mit herabgezogen; der Zug wird noch durch die bei solchen Leiden mit vorgefallene Blase verstärkt.

Derselbe Autor und nach ihm Senator [7]) vertreten ferner die Anschauung, dass wesentlich diejenigen Frauen mit Wanderniere behaftet sind, welche nach mehrfachen Schwangerschaften Erschlaffungen der Bauchdecken zurückbehalten haben, dass also in der nach häufigeren Geburten, schlecht eingehaltenen Wochenbetten u. s. w. entstandenen Relaxation und der daraus resultirenden Aufhebung des normalen Gegendrucks im Abdomen ein besonders hervorragendes ätiologisches Moment gegeben ist.

Neben diesen für die Entstehung der beweglichen Niere angegebenen primären Veränderungen der direkten oder indirekten Befestigungsmittel derselben sind ausserdem Physikalische Einflüsse als Ursache bezeichnet worden. So wird häufig ein acutes Trauma angeführt, Rayer [1]), Ferber [8]) erwähnen, dass ein Sturz vom Wagen, ein Fall vom Reck und Sturz auf den Rücken dieses Uebel erzeugt haben. In ähnlicher Weise haben andere Autoren Wandernieren nach sehr heftigen Anstrengungen in der Geburt selbst entstehen sehen. Häufiger jedoch veranlassen, wie von Rayer [1]), Keppler [9]) mittgetheilt wird, wiederholte Traumen dieses Leiden, so vorzüglich

Hustenstösse, besonders dann, wenn noch andere Faktoren, wie z. B. rasche Abmagerung bei Phthisis mitwirken.

Aehnlich wie Hustenstösse sollen auch wiederholte Anstrengungen, wie fortgesetztes schweres Arbeiten, Heben grosser Lasten, heftiges Drängen beim Stuhlgang (Oppolzer [3]) auf die Lockerung der Befestigungsmittel und somit auf die Beweglichkeit der Niere wirken.

Endlich ist als ein Hauptmoment für die Entstehung der beweglichen Niere das Schnüren angegeben worden. Schon Cruveilhier hat darauf aufmerksam gemacht. Ihnen haben sich neben vielen anderen besonders Bartels, Müller-Warneck [10]) Fischer-Benzon [11]) Heller [12]) angeschlossen. Auch die vorliegende Arbeit soll diese Ansicht vertreten. — Zum besseren Verständniss der Pathologie der erworbenen beweglichen Niere empfiehlt es sich, die normale Lage der Niere näher ins Auge zu fassen. Die Nieren liegen nach den Bestimmungen von Pansch [13]) die Müller-Warneck durch zahlreiche perkutorische Untersuchungen an Lebenden und durch Beobachtungen an Leichen nur bestätigt gefunden hat, noch innerhalb des knöcheren Thoraxrandes neben den Querfortsätzen der Wirbelsäule in einer mittleren Entfernung ihres inneren Randes von der Medianlinie von $7^1/_2$ cm. Sie erstrecken sich seitlich vom unteren Rande des XI. resp. XII. Brustwirbels bis zum unteren Rande des II. resp. III. Lendenwirbels. Zwischen hilus renalis dexter und der Wirbelsäule liegt die pars descendens duodeni, welche durch das Bauchfell an die Wirbelsäule fixirt ist. Nach links hin ist die rechte Niere vom Duodenum, der Wirbelsäule, vom caput pancreatis begrenzt, nach rechts hin ist ihr durch die Anordnung der Gefässe kein Ausweg gestattet, nach oben stösst sie an die untere Leberfläche, so dass die rechte Niere mit dem absteigenden Theil des Zwölffingerdarmes zwischen diesen Theilen wie eingekeilt liegt und nur noch vorn und unten nicht von festen Theilen umgeben ist.

Durch den Schnürdruck auf den unteren Thoraxabschnitt werden beide Nieren betroffen. Die Schnürfurche fällt nach Untersuchungen von Müller-Warneck [10]) bei Individen ohne Hängebauch und ohne stärkeres Fettpolster hinten zwischen den proc. spinosdes I. und II. resp. II. und III. Lendenwirbels, seitwärts auf die X. resp. XI. Rippe und vorne ca. 2—4 cm über den Nabel. Bei fettleibigen

Personen und solchen mit angedeutetem Hängebauch bleiben die hinteren Grenzen dieselben, seitswärts ist ungefähr die XI. resp. XII Rippe betroffen und nach vorne liegt die Schnürfurche ca. 8—12 cm. über dem Nabel. Aus dieser Darstellung geht also deutlich hervor, dass die Schnürfurche auf die Mitte der rechten Niere oder etwas unter die Mitte fallen muss. Während dieses Verhältniss nun in der Ruhestellung des Thorax besteht, wird bei jeder Inspiration die durch das Schnüren erzeugte Compression des Abdomens die Aktion des Zwerchfells vermehren, um den Lungen genügend Luft zuführen zu lassen. Hierdurch wird das Zwerchfell bei forcirtem Athmen die Leber noch stärker herabdrängen, als gewöhnlich, und diese wiederum auf die an ihre untere Fläche anstossende Niere einen Druck ausüben. Die rechte Niere kann aber nirgends ausweichen nach ihrer anatomischen Lage als nach vorn und innen. Unterstützend wirkt hierbei noch der Umstand, dass bei jeder tiefen Inspiration die schnürenden Bänder direkt mit einem um so stärkeren Druck auf die Nierengegend, namentlich bei mageren Personen, einwirken werden. Nachts, wenn eine Entlastung von den Druck eintritt, geht die Niere an ihren alten Ort zurück, um am Morgen wieder mehr nach der Mitte gedrängt zu werden. Wiederholt sich dieser Cyklus nun oft, so kann es nicht ausbleiben, dass die rechte Niere mit der Zeit beweglich wird.

Oppolzer[3]) glaubt freilich, dass die Beweglichkeit der Niere grösstentheils angeboren sei, worauf die Verlängerung der Gefässe deute; doch ist diese Ansicht zurückzuweisen. Die Beweglichkeit der Niere wird erst erworben, da gerade erworbene Beweglichkeit mit Verlängerung der Gefässe einhergehen muss, während angeboren verlagerte Nieren sehr oft Abnormitäten in Ursprung, Zahl, Verlauf der Gefässe zeigen, wie Fischer-Benzon[11]) durch die Sektionsberichte dargelegt hat. Ferner ist auch die Form derselben sehr mannigfach, fötale Lappung meist noch stark ausgeprägt. Mit dieser angeborenen Lageveränderung der Niere sind dann meistens auch gleichzeitig Bildungsanomalien, namentlich im Bereiche des Dicktdarmes, verbunden. Gegen die Anschauung Oppolzer's spricht ferner auch der Umstand, dass man bei Kindern Beweglichkeit der Niere nicht gefunden hat. —

Aus dieser Darstellung geht hervor, dass die Ansichten der Autoren über die Ursachen der Nierenbeweglichkeit sehr aus-

einandergehen. Auch über die Häufigkeit dieses Zustandes scheinen, wie die Durchsicht der Literatur ergiebt, recht weitgehende Verschiedenheiten zu bestehen.

Da nun auf der hiesigen medizinischen Klinik in den letzten Jahren eine ziemlich grosse Zahl einschlägiger Fälle zur Beobachtung kam und viele derselben, wie schon Quincke [14]) hervorhob, die Ansicht von Bartels von der Entstehung des Zustandes zu stützen geeignet waren, folgte ich der Aufforderung von Herrn Prof. Dr. Quincke, diese Fälle einer Analyse zu unterziehen. Die nachstehenden Tabellen sind aus den Krankengeschichten mit Berücksichtigung der hauptsächlichsten Punkte ausgezogen, nachdem ich so weit wie möglich aus dem Aktenmaterial der letzten 9 Jahre alle Fälle von beweglichen Nieren herausgesucht hatte. Wegen des fast ausschliesslichen Vorkommens derselben bei Frauen wurden nur die weiblichen Krankengeschichten berücksichtigt. Doch ist es nicht möglich gewesen, sämmtliche Fälle durchzusehen — es sind nur solche über Störungen der Verdauungsorgane, über Anämie und über funktionelle Nervenkrankheiten zur Durchsicht gekommen, — so dass die von mir aufgefundenen sicherlich noch nicht die Gesammtzahl aller nur ganz gelegentlich und beiläufig zur Beobachtung gekommenen Fälle darstellen.

Ausser den 36 der medizinischen Klinik entstandenen sind noch 20 aus dem Ambulanzjournal der letzten $1^1/_2$ Jahren entnommene beigefügt. Ich lasse die Tabelle hinten folgen.

Bei diesen 56 Fällen fällt uns nun zunächst auf, dass Frauen der arbeitenden Klasse vorzugsweise mit diesem Leiden behaftet sind. Auch Ebstein [14]) betont, dass der niedere Stand das Hauptkontingent stellt. Es wird wohl nicht unwahrscheinlich sein, dass derselbe diesem Uebel mehr ausgesetzt ist, als der wohl habendere, weil bei schwereren Arbeiten, namentlich in gebückter Stellung, wo das Abdomen zusammengedrückt wird, die Schnürwirkung einen hohen Grad erreichen muss. Was aber bei jenen das vielleicht nicht so übermässige Schnüren mit der schweren Arbeitsleistung erreicht, wird in den besser situirten Klassen durch die Uebertreibung der Frauen, sich eine möglichst dünne Taille, sog. Wespentaille, mittelst des Corsets zu schnüren, bewirkt; der einschnürende Druck wird, wie gezeigt ist, den unteren Thoraxabschnitt einengen und auf solche Weise die verderblichen

Folgen verursachen. In unserer Tabelle sind die Frauen der arbeitenden Klasse übrigens darum den anderen gegenüber so zahlreich vertreten, weil jene überhaupt die Mehrzahl unter den Besuchern der Klinik bilden.

Was nun das Alter anbetrifft, so finden wir Personen von 18 Jahren bis zum 56. Jahre mit Lageveränderung der Niere. Fast gleichmässig sind die Fälle auf diesen Zeitabschnitt vertheilt.

Ferner sehen wir aus unserer Zusammenstellung, dass fast durchweg bei der rechten Niere Lageveränderung besteht, während nur 1 mal die linke Niere, 2 mal beide gleichzeitig beweglich sind. Diese auffällige Lageanomalie ist eben durch die von uns angenommene Ursache bedingt, welche zur Genüge beweist, warum gerade bei Frauen Beweglichkeit der Niere zu finden und warum ferner mit Vorliebe die rechte Niere befallen ist.

Landau [6]) wendet nun dagegen ein, der knöcherne Thorax, innerhalb dessen die Nieren liegen und um dessen untersten Umfang die Schnürbänder angelegt werden, sei viel zu starr, als dass er die Druckwirkung auf die unterliegenden Organe mittheilen könnte. Ja, wenn das der Fall wäre, so dürfte man auch keine Schnürlebern erwarten, und doch sind diese gar nicht so selten. —

Derselbe Autor hält es weiterhin nicht für richtig, dass durch das Schnüren die Leber und hierdurch die rechte Niere getroffen wird, da ja die linke den bedeckenden Schutz entbehrt, und darum dem Druck noch weit mehr ausgesetzt sein müsste.

Dieser Vorwurf lässt sich zurückweisen, denn bei der linken Niere fällt nach Müller-Warneck [10]) das eigentlich mobilisirende Moment, wie es rechterseits durch die Leber dargestellt wird, ganz fort. Das einzige solide Organ, die Milz, welche denselben Effekt herbeiführen könnte, liegt von der linken Niere zu entfernt und könnte somit nur in abnormer Vergrösserung einen Druck auf das obere Ende derselben bewirken.

Auch Litten [14]) möchte ich entschieden entgegentreten, wenn er sagt, die Magenerweiterung rufe sehr oft rechte Nierendislokation hervor und dass darum die linke Niere ungleich seltener dislocirt gefunden wird, als die rechte, weil der ausgedehnte Magengrund die links gelegenen Organe in geringerem Grade verdränge. Ich werde hierauf noch zurückkommen, wenn ich die Coincidenz der Nierendislokation und der Magenerweiterung besprechen

werde. Nur durch den direkt treffenden Druck der Schnürbänder könnte meiner Meinung nach die linke Niere mobilisirt werden und deshalb finden wir dieselbe auch nicht so häufig beweglich wie die rechte. —

Es ist weiterhin kein Fall vorhanden, welcher durch ein Trauma Nierenbeweglichkeit sich acquirirt hätte, so weit eben Angaben darüber gefunden sind.

Auch findet sich kein einziger Fall, welcher in Folge eines Vorfalls der weiblichen Genitalien sich bewegliche Niere erworben hätte, obwohl Landau die Ursache, wie oben erwähnt, für recht wichtig und häufig hält. Fischer-Benzon [11]) und Heller [12]) konnten sich von der Richtigkeit dieser Meinung auch nicht ganz überzeugen. Sie hatten wohl einen Fall von beweglicher Niere mit Prolaps aufzuweisen, es konnte hier aber die Niere leicht an ihre normale Stelle zurückgebracht worden, ohne dadurch einen Zug auf den Prolaps vermittelst des Ureters auszuüben.

Unter meinen Fällen sind junge Mädchen und alte Personen mit diesem Leiden behaftet, es sind darunter 24 Nullipare, 7 einmal, 7 zweimal Gebährende. Bei 4 Individuen ist leider nicht bemerkt worden, wie oft und ob überhaupt sie geboren haben. Nur im Ganzen sind es 14 Personen, welche 3 und mehrmals entbunden worden sind. Damit wird die Anschauung Landaus [6]), dass gerade durch die Erschlaffung der Bauchdecken bei Geburten hauptsächlich bewegliche Niere verursacht werden könne, widerlegt.

Es werden freilich bei unzweckmässigem Verhalten im Wochenbett, bei rasch auf einander folgenden Geburten und Aborten die Bauchdecken schlaff, welk, mager, und es entsteht der so schädliche Hängebauch. Bei Vermehrung des thoracischen Druckes fällt dann, wie Landau weiter ausführt, das in einer straffen Bauchmuskulatur gelegene wirksame Fixationsmittel der Bauchcontenta fort, und es steht der Senkung der Nieren nur ein geringer Widerstand entgegen. Zum Schlusse wird aber auch beim Hängebauch der sonst gleichmässig auf allen Eingeweiden lastende interabdominelle Druck dadurch in sein Gegentheil verkehrt, dass die in dem Schlaffen Beutel der Bauchdecken befindlichen herabhängenden Därme in aufrechter Stellung der Kranken auf die oberhalb gelegenen Theile, also auch auf die Nieren, nunmehr einen Zug ausüben. Gewiss, es lässt sich nicht abstreiten, dass

hierdurch eine Disposition zur Nierenverlagerung gegeben ist, doch sicher nicht so häufig als Landau meint. Derselbe fand zwar unter 42 mit beweglicher Niere behafteten Frauen nur 2 Nullipare, die übrigen hatten mehrfach und obendrein in rascher Aufeinanderfolge geboren, Zu demselben Resultat bin ich freilich nicht gekommen. Auch Lindner [15]) erblickt gleichfalls nicht in einer Erschlaffung der Bauchdecken nach Geburten ein Hauptmoment für die Entstehung der Wanderniere. Er hat unter 75 mit Wanderniere behafteten Frauen 24 Nullipare gefunden. Meiner Ansicht nach müssten dann doch sicher, wenn man Landaus Meinung gelten lassen wollte, beide Nieren, da beide denselben Verhältnissen ausgesetzt sind, annähernd in gleicher Zahl diese Lageanomalien aufweisen. Ohne Weiteres darf man also auch hier nicht die Geburten als Ursache für die Wanderniere ansehen da es ja einerseits viele kinderreiche Frauen giebt, die keine Wanderniere haben, und andererseits Frauen, wie wir gesehen, haben, mit diesem Leiden behaftet sind, obwohl sie nie geboren haben.

Meine Fälle zeigen ferner, dass die Körperbeschaffenheit gar keinen Einfluss auf die Entstehung von Nierenbeweglichkeit hat; es leiden daran sowohl gut genährte kräftige Personen, als magere schlecht genährte. Hiermit spricht sich die alte Anschauung (Oppolzer [3]), dass Schwund des perirenalen Fettgewebes Beweglichkeit der Niere erzeugen könne, ohne weiteres selbst das Urtheil. Es ist also durchaus unwahrscheinlich, dass durch Schwund des Fettes die Niere in ihrer Verbindung gelockert wird. Im Gegentheil hat Heller [11]) auch bei stark Abgemagerten keine Beweglichkeit gefunden, wohl aber bei sehr Fettleibigen bisweilen bereits bedeutende Beweglichkeit. Auch Senator [7]) bekämpft diese Ansicht, indem er es doch für auffallend hält, dass bei Männern, welchem eine rapiden Fettschwund durch Krankheiten, Ausschweifungen u. s. w. ebenso sehr und noch mehr ausgesetzt sind als die Frauen, dieses Leiden so selten ist.

Auffallen muss es, dass bei $^3/_4$ aller Fälle Schnürthorax verzeichnet ist. Ich möchte doch glauben, dass diese Zahl noch viel zu gering ist, da so oft diese Veränderung unbeachtet gelassen wird. Mit dieser Schnürfurche findet sich 25 mal Lebervergrösserung. Nur bei 10 Personen ist bemerkt, dass die

Leber nicht vergrössert gewesen ist; in 21 Fällen ist es also noch fraglich. —

Wir sehen also aus der Analyse der Tabelle, welcher ungemein wesentliche Faktor, die Hauptursache, das Schnüren bei der Entstehung der beweglichen Niere ist. Es wäre doch auch wunderbar, dass Schnürthorax und bewegliche Niere so oft zusammen vorkommen, ohne im Verhältniss zu einander zu stehen. Meiner Meinung nach ist die Ansicht von Bartels und Müller-Warneck sehr wohl annehmbar.

Ja, ich möchte mich auch auf deren Seite stellen, wenn sie die Coincidenz von Nierendislokation und Magenerweiterung betonen. Bartels nämlich hebt hervor, dass die rechte Niere, welche durch den mittelst der Schnürbänder auf sie wirkenden Druck nach vorn und innen verschoben wird, die pars descendens duodeni komprimiren, somit eine partielle Verlegung dessen Lumens und eine Erschwerung und Verlangsamung der Entleerung der Mageningesta in das Duodenum hervorrufen kann. Wenn dieses aber vor sich geht, fährt Bartels fort, muss nothwendigerweise der Mageninhalt stagniren; das wird wiederum eine verstärkte Thätigkeit der Magenmuskulatur zur Ueberwindung der Widerstände veranlassen und wird, wenn letztere nicht beseitigt werden, eine Erschlaffung der Muskulatur, eine Dehnung und Erweiterung der Magenwandungen durch den mechanischen Druck der nicht entleerten Ingesta herbeiführen. —

Dass nun die rechte Niere, sobald sie ihre normale Lage verlässt, den absteigenden Theil des Zwölffingerdarmes treffen, und, da dieser wegen Mangels eines Mesenterium nicht ausweichen kann, denselben komprimiren muss, hat Müller-Warneck, wie ich glaube, hinlänglich bewiesen. Die anatomische Lage der Niere bringt es eben mit sich, dass dieselbe, durch das Schnüren beweglich gemacht, keinen anderen Weg nehmen kann. – Oser [16]) wendet nun dagegen ein, dass eine bewegliche Geschwulst bei schlaffen Bauchdecken nicht leicht einen solchen Druck auf den Darm ausüben kann, dass dadurch eine Stenose entsteht, er giebt die Möglichkeit nur für den Fall zu, dass die dislocirte Niere am neuen Platz so fixirt ist, dass das Duodenum durch dieselbe komprimirt werden kann. Meiner Ansicht nach ist jedoch die Niere, so lange sie durch den Schnürdruck verschoben wird, gewissermassen an dem

neuen Platz fixirt, da sie ihre normale Lage erst einnehmen kann, wenn der Druck aufgehört hat. Ausserdem ist nach Fischer-Benzon [11]) in der Zeit der Entstehung der Beweglichkeit die Niere noch keine Wanderniere und deshalb durchaus keine so bewegliche Geschwulst, dass sie nach unten und hinten sinkt, sondern sie wird vielmehr durch den auf der Leber lastenden Druck direkt gegen das Duodenum gedrängt.

Nach Landau[6]) könnte darum keine Stenosirung zu Stande kommen, weil das für eine Kompression allein in Betracht kommende specifische Gewicht der Niere viel zu gering ist. Ist es aber allein das specifische Gewicht der Niere, welches auf das Duodenum drückt, ist es vielmehr nicht gleichzeitig der Schnür- und Respirationsdruck, welcher mittelst der Leber in hohem Grade auf die Niere einwirkt und dann das Lumen des Duodenums einengt?

Die Erklärung Landaus für das Zusammentreffen von Wanderniere und Magenerweiterung, dass an dem die Niere und das Duodenum überkleidenden Peritoneum die herabfallende Niere zerrt und so das Duodenum abknickt, ist nicht zutreffend, wie Fischer-Benzon bewiesen hat. Nach ihm fällt die bewegliche Niere nicht so ohne weiteres nach unten und dann, wenn sie eine solche Beweglichkeit erlangt hat, ist sie für gewöhnlich beweglich unter dem Bauchfell, wie er sich bei Sektionen überzeugt hat, übt also auf das Duodenum gar keinen Zug aus.

Vor allen möchte ich die Ansicht Littens[14]) über die Coincidenz der Nierenverlagerung mit Magenerweiterung ganz zurückweisen. In seinen Fällen handelt es sich um primäre Insufficienz mit sekundärer Ektasie des Magens und dadurch bedingter Dislokation der rechten Niere nach oben mit Beweglichkeit. Es soll nach Litten die Volumszunahme des Magens zunächst eine Verdrängung der benachbarten Organe herbeiführen, dabei soll die Leber gegen die untere Thoraxapertur zu in die Höhe gedrängt werden; der Verschiebung der Leber nach aufwärts folgt aber die rechte Niere, welche mit der Leber durch das ligamentum hepatico-renale verbunden ist. Seine Ansicht suchte er durch das Experiment zu stützen. Er unterband das Jejunum handbreit unterhalb des Abganges von Duodenum und führt eine Kanüle in den oberen Theil des Oesophagus ein, durch welche er den Magen und das Duodenum nach Belieben mit Luft oder Wasser aufblähte. Durch diesen

Versuch will er Leber und Niere nach oben gedrängt haben. — Das kann meiner Meinung nach nicht gut angehen; es müsste denn sein, das der Magen in hohem Grade prall aufgebläht worden wäre. Dieses findet aber im Leben derartig nicht statt, da solche Spannung des Magens sofort durch Ruktus und Erbrechen entspannt würde. Im Gegentheil unter meinen Fällen sind Ektasien von nur geringem Grade, und dennoch ist eine Lageveränderung der Niere vorhanden. Ferner müsste man doch berücksichtigen dass der schlaffe erweiterte Magen, mit Gasen oder dünnen Speisebrei angefüllt, doch niemals ein solides Organ wie die Niere, welche normal annähernd fest in ihrer Hülle liegt, in die Höhe zu drängen vermag; um wie viel weniger könnte das bei der Leber stattfinden. Die Organe würden sich sicher in die schlaff aufgeblähten Magenwandungen eindrücken, aber nicht ihren Platz räumen. Ausserdem müsste ja der ausgedehnte Magen neben diesen Organen noch den Druck der um den Leib gelegten Kleidungsstücke bewältigen und das Zwerchfell in die Höhe schieben. Das ist unmöglich! Weiterhin kann auch die Niere nicht so leicht nach oben ausweichen, da ja die Leber hindernd im Wege stehen würde, wie wir gesehen haben.

Auch Nothnagel[14]) tritt im allgemeinen Litten entgegen, da ja Fälle vorhanden wären, in denen nach einem Sprung, Trauma u. s. w. Patientinnen zuerst die Nierenverschiebung bemerkt haben und erst längere Zeit hinterher traten die Erscheinungen der gestörten Magenfunktion auf. — Auf gleiche Weise erklärt sich Lindner[15]) mit Littens Ansicht nicht einverstanden; er meint Ursache und Wirkung wären verwechselt.

Nein, die Magenerweiterung ist das Sekundäre und die Nierenverschiebung das Primäre, und diese wiederum Folge des Schnürdrucks. Dieses ergiebt auch der Leichenversuch von Fischer-Benzon, wonach neben anderen Veränderungen hauptsächlich die rechte Niere nach der Mittellinie und gegen das Duodenum angedrängt ist. Wird aber dasselbe komprimirt, müssen die Mageningesta aus diesem Grunde stagniren, dann muss allmählich bei zu beschränkter Entleerung des Inhalts die Magenwandung erschlaffen und sich ausdehnen. Beweisend dafür ist auch der Umstand, dass alle Erscheinungen des Magenleidens schnell zurücktreten, sobald der Schnürdruck, die Kompression aufhört. So

treten die Beschwerden des Tags und namentlich nach dem Essen auf, Nachts jedoch wenn der schnürende Druck beseitigt wird, die Niere nicht gegen das Duodenum angedrängt wird, mildern sich die unangenehmen Erscheinungen.

Diese Coincidenz zwischen Nierendislokation und Magenerweiterung hält auch mein verehrter Lehrer, Herr Professor Dr. Quincke fest; ja derselbe hält dieselbe für so häufig, dass er dahin gekommen ist, wenn es sich um Magendilatation handelt, sofort nach der Niere zu fühlen, und umgekehrt. Und ich glaube, dass das Material, welches ich zusammengesucht habe, beweiskräftig für diese Anschauung ist. Hiernach sind von 102 weiblichen Personen, die an Magenerweiterung in Behandlung gekommen sind, 39 mit beweglicher Niere. Von 31 an chronischem Magenkatarrh und Magenerweiterung Behandelten haben 7 bewegliche Niere. Dilatatio ventriculi und ulcus zusammen kamen 14mal vor, davon waren 5 mit Lageveränderung der Niere. Doch ist nach Quincke [14]) hervorzuheben, dass die Schnürwirkung auf den Magen sich nicht nur in Form von Dilatation zu äussern braucht, sondern dass Magenstörungen auch ohne stattfindende Erweiterung vorkommen. Denn es ist nicht gleichgültig für den Verdauungsvorgang ob der Magen gedrückt wird, ob der Strom des Blutes und der Lymphe sich in normaler Weise bewegen kann. Es ist daher sehr wohl anzunehmen, dass Fälle von chronischem Magenkatarrh, von Ulcus, dass Cardialgien hierdurch erzeugt werden können. Unter meinen Fällen sind 5 solche, bei denen keine Erweiterung, wohl aber die erwähnten Leiden mit beweglicher Niere vorgefunden sind.

Auffallen muss es, wie wenig Beschwerden die bewegliche Niere als solche macht, so dass es selten nöthig ist, auf dieselbe einzuwirken. Nur 3 Patientinnen klagten über Schmerzen in der Nierengegend, welche nach dem Rücken hin ausstrahlten. Die anderen alle hatten keine Ahnung von ihrem Leiden und liessen sich meistens wegen eines Magenleidens behandeln. Die Beschwerden traten auch meist recht schnell zurück, sobald die Patientinnen der gewöhnlichen Behandlung unterworfen wurden. Sie mussten das Bett hüten; wenn die Symptome der Erweiterung zu lästig fielen, wurden Magenspülungen gemacht; es wurde ein Stomachikum gegeben, die habituelle Obstipation bekämpft. Die

Ruhe vor allem brachte die Kranken bald so weit, dass sie das Lager verlassen konnten, nachdem ihnen eine passende elastische Binde angelegt war, welche nur bis zur Nabelhöhe reichte. Auf solche Weise wurde die Besserung von den Beschwerden recht bald erzielt.

Fassen wir noch einmal in aller Kürze zusammen, was wir gefunden haben. Die hauptsächlichste Ursache für Beweglichkeit der Niere ist das Schnüren, da hierdurch sowohl das häufige Vorkommen derselben bei dem weiblichen Geschlecht als auch die so oft entstehende Lageanomalie gerade der rechten Niere ausreichend erklärt wird. Denn durch den Schnürdruck wird der untere Thoraxabschnitt stark eingeengt, auf die Leber ein Druck ausgeübt, welche wiederum die darunter liegende Niere herabdrängt und sie allmählich beweglich macht; unterstützend wirkt hierbei der Druck des Zwerchfells bei forcirter Athmung. Die bewegliche Niere trifft das daranstossende absteigende Duodenum, komprimirt dessen Lumen und wird Ursache zur Magenerweiterung.

Leider stehen wir machtlos dem Uebel gegenüber, so lange dessen Ursache nicht beseitigt wird, so lange die Frauenwelt an ihrer unvernünftigen Tracht festhält. Doch da dieses ein eitel Wünschen, ein eitel Hoffen ist, wird auch fernerhin die Gesundheit so viele dieser Eitelkeit, dieser Sitte zum Opfer fallen.

Zum Schluss verfehle ich nicht, einer angenehmen Pflicht zu genügen, indem ich meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Quincke für die Anregung zu dieser Arbeit und für die mir bei derselben erwiesene Hülfe herzlichst danke.

Literatur.

[1]) **Rayer**: Maladies des reins. Paris 1841.

[2]) **Rollet**: Path. und Ther. der bewegl. Niere. Erlangen 1866.

[3]) **Oppolzer**: Wien. med. Wochenschrift, 1856.

[4]) **Becquet**: Archives générales, 1865.

[5]) **Rosenstein**: Nierenkrankheiten. Berlin 1870.

[6]) **Landau**: Die Wanderniere der Frauen. Berlin 1881.

[7]) **Senator**: Einiges über die Wanderniere, insbesondere ihre Aetiologie. Charité-Annalen 1881.

[8]) **Ferber**: Zur Path. der beweglichen Niere. Virchow's Archiv LII. 1871.

[9]) **Keppler**: Die Wanderniere und ihre chirurgische Behandlung im Archiv für Chirurgie. Bd. XXIII. 1879.

[10]) **Müller-Warneck**: Ueber die widernatürliche Beweglichkeit der Niere und deren Zusammenhang mit der Magenerweiterung. Berl. Klin. Wochenschrift, 1877.

[11]) **Fischer-Benzon**: Ueber bewegliche Niere. Kiel 1887.

[12]) **Heller**: Mitteilungen für den Verein schleswig-holsteinischer Aerzte, XI. Heft.

[13]) **Pansch**: Ueber die Lage der Nieren mit besonderer Beziehung auf ihre Perkussion. Kiel.

[14]) **Ebstein**: v. Ziemssen's Handbuch der spec. Path. und Ther. Bd. IX. 1871.

[15]) **Litten**: Ueber den Zusammenhang von Erkrankungen des Magens mit Lageveränderungen der rechten Niere. Verhandlungen des Kongr. für innere Medizin, 1887.

[16]) **Lindner**: Ueber die Wanderniere der Frauen, 1888.

[17]) **Oser**: Ursachen der Magenerweiterung. Wien. Klinik 1881.

No.	Name	Alter	Zahl der Geburten.	Körperbeschaffenheit. Ob Schnürtorax	Krankheit, weswegen Patientin in Behandlung kam
1	W.	18	--	Gut entwickelt. Starker Schnürthorax.	Magenschmerzen. Nicht selten Erbrechen.
2	St.	18	—	Gut genährt. Schthr.	Magenschmerz. Erbrechen.
3	G.	$19^3/_4$	1	Blass. Schthr.	Appetitlosigkeit. Druck im Leibe.
4	O., Nähmädchen	20	—	Schthr. Umf. in Höhe d. 4. Rippe 79—80,5, d. 11. Rippe 57—60.	Schmerzen im Epigastrium und im Rücken.
5	Schl., Dienstmädchen	21	—	Gut genährt. Schthr. Umf. in Höhe d. 4. R. 78 bis 80,5, d. 11. R. 62—65.	Schmerzen im Epigastrium.
6	G., Hufnersfrau	23	2	Blass. Schthr. Umf. in Höhe d. 4. R. 83 b. 86, d. 11. R. 65—67.	Schmerzen in der Magengegend. Erbrechen.
7	H.	24	—	Schthr.	Aufstossen. Magenschmerz.
8	B. Landmannstochter	24	—	Mässig genährt. Schthr.	Schmerzen in der Magengegend, unabhängig vom Essen.
9	B. Dienstmädchen	24	—	Mässig genährt. Schthr. Umf. in Höhe d. 4. R. 79 b. 83, d. 11. R. 60—62.	Schwäche. Schmerzen nach d. Essen im Epigastrium.
10	M. Landmannstochter	25	—	Schthr.	Morbus Basedowii.
11	D. Landmannstochter	25	—	Kräft. gebaut, blass. Schthr. Umf. in Höhe d. 4. R. 79 b. 82, d. 11. R. 62—64.	Schmerzen im Magen und im Kreuz. Mattigkeit.
12	B.	25	—	Schthr.	Anaemie.
13	F. Dienstmädchen	25	—	Anämisch.	Erbrechen. Magenschm.
14	P. Oberregierungsrathstocht.	26	—	Mager. Schthr.	Kopf- u. Magenschmerzen.
15	A. Lehrersfrau	27	2	Mager, schlecht genährt. Schthr. Umf. in Höhe d. 4. R. 75 b. 76. d. 11. R. 62—63.	Schmerzen im Epigastrium u. in d. r. Bauchseite.
16	A. Arbeitersfrau	27	2	—	Schmerzen im Epigastrium.
17	J.	28	—	Anämisch. Schthr. Umf. in Höhe d. 4. R. 78 b. 82. d. 11. R. 60—63.	Schwindelgefühl. Appetitlosigkeit.

Zeitpunkt des Auftretens der Beschwerden	Gleichzeitiges Magenleiden	Störungen des Verdauungs-apparates	Sonstiges	Ob Niere beweglich oder dislocirt
Seit 1 Jahre.	Ulcus.	—	—	R. N. b.
Seit $^1/_2$ Jahre.	Gastrectasie. Ulcus.	Obstipatio.	—	R. N. b.
—	Chron. Magenkatarrh.	Obstipatio.	Leber vergrössert.	R. N. b.
Seit $^1/_2$ Jahre.	Gastrectasie (2 Finger unterhalb des Nabels die grosse Curvatur).	Obstipatio.	Chlorose. Leber vergrössert.	R. N. b.
Seit 5 Mon.	Gastrectasie (grosse Curv. 1 Finger oberhalb des Nabels).	Obstipatio.	—	R. N. b.
Seit $^1/_4$ Jahre.	Gastrectasie. Ulcus.	Obstipatio.	Leber vergrössert.	R. N. b.
—	Gastrectasie.	Obstipatio.	—	R. N. b.
Seit $^5/_4$ Jahre.	Gastrectasie (gross. Curv. 1 Finger u. d. Nabel).	Obstipatio.	Leber vergrössert.	R. N. b.
Seit 10 Woch.	Gastrectasie (grosse Curv. 2 Finger u. d. Nabel). Ulcus.	—	Leber vergrössert.	R. N. b.
—	Gastrectasie (grosse Curv. in Nabelhöhe).	—	Leber vergrössert.	R. N. b.
Seit einigen Jahren.	Gastrectasie (grosse Curv. 2 Finger u. d. N.).	—	Leber vergrössert.	R. N. b.
—	Gastrectasie (grosse Curv. 2 Finger u. d. N.).	–	—	R. N. d.
Seit 8 Tagen.	Ulcus.	Obstipatio.	—	R. N. d.
Seit 3 Woch.	Gastrectasie (grosse Curv. reicht bis zum N.).	Obstipatio.	Leber vergrössert.	R. N. d.
Seit 10 Jahren.	Gastrectasie (grosse Curv. 10 cm u. d. N.).	—	Leber nicht vergröss.	R. N. b.
Seit 2 Jahren.	Gastrectasie (grosse Curv. in Nabelhöhe).	—	Leber nicht vergröss.	R. N. b.
—	Gastrectasie (grosse Curv. 1 Finger u. d. N.).	—	Leber vergrössert.	R. N. b.

No.	Name	Alter	Zahl der Geburten.	Körperbeschaffenheit. Ob Schnürthorax	Krankheit, weswegen Patientin in Behandlung kam
18	P. Schneiderin.	28	—	Schwächlich. Schthr.	Erbrechen. Magenbeschw.
19	T., Mamsell.	28	—	Mässig genährt. Schthr.	Schmerzen in d. Magengegend nach Nahrungsaufnahme.
20	V. Landmannstochter.	28	—	Schthr.	Aufstossen. Druck im Leib bei leerem Magen.
21	N., Dienstmädchen.	28	1	Blass. Schthr. Umf. in Höhe d. 4. R. 71—74, d. 11. R. 56—58.	Erbrechen. Schmerzen im Leibe.
22	J.,	29	—	Blass. Mager.	Brennen im Leibe. Aufstossen.
23	R., Gerichtsvollziehersfrau.	29	2	Schthr.	Schmerzen in d. r. Bauchhälfte. Erbrechen galliger Massen.
24	S., Zimmermannstochter.	30	—	Blass. Schthr. Umf. in Höhe d. 4. R. 76—78, d. 11. R. 55—59.	Herzklopfen. Magenschm.
25	T., Schmiedsfrau.	30	—	Mässig genährt. Schthr.	Magendrücken.
26	Sch., Dachdeckersfrau.	30	1	Schthr.	Schwindelgefühl. Magenschmerzen.
27	L., Dienstmädchen.	30	1	Blass. Schthr.	Erbrechen. Schmerzen nach d. Essen in der Magengegend.
28	C., Kaufmannsfrau.	30	3	Gut genährt. Geringer Schthr.	Schmerzen in d. Magengegend unabhängig von dem Essen.
29	Sch., Arbeitersfrau.	31	1	Kräftig, gut genährt.	Uebelkeit. Aufstossen. Druck im Epigastrium nach d. Essen.
30	M., Räucherersfrau.	32	1	Kräftig, Schthr. Umf. in Höhe d. 4. R. 82—84, d. 11. R. 63—64.	Schmerzen im Leibe.
31	R.	32	5	Schthr.	Brustbeklemmung.
32	U., Arbeitersfrau.	34	1	Blass.	Appetitlosigkeit. Husten mit reichlichem Auswurf.

Zeitpunkt des Auftretens der Beschwerden	Gleichzeitiges Magenleiden	Störungen des Verdauungs-apparates.	Sonstiges	Ob Niere beweglich oder dislocirt.
Seit einigen Jahren.	Gastrectie. Ulcus.	Obstipatio.	—	R. N. b.
Seit 2 Jahren.	Gastrectasie (grosse Curv. 2 cm u. d. Nabel).	—	—	R. N. b. u. d.
Seit $^1/_2$ Jahr.	Gastrectasie (grosse Curv. nach Kohlensäureaustreibung $2^1/_2$ cm u. d. Nabel).	Obstipatio.	Leber vergrössert.	R. N. b.
Seit $^1/_2$ Jahr.	Gastrectasie (grosse Curv. 4 cm u. d. Nabel).	Obstipatio.	—	R. N. b.
Seit $^1/_2$ Jahr.	Gastrectasie (grosse Curv. 1 cm u. d. Nabel).	Obstipatio.	—	R. N. b.
Seit 5 Mon.	Gastrectasie.	Obstipatio.	Pericystitis felba.	R. N. b.
Seit $^1/_2$ Jahr.	Gastrectasie.	Obstipatio.	Leber vergrössert.	R. N. b.
Seit mehreren Jahren.	Gastrectasie. Chron. Magen-catarrh.	—	Im 4. Monat gravid.	R. N. b.
Seit einigen Wochen.	Gastrectasie (grosse Curv. 2 Finger u. d. Nabel).	Obstipatio.	Leber nicht vergröss.	R. N. b.
Seit $^1/_2$ Jahr.	Gastrectasie.	—	—	R. N. b.
Seit 5—6 J.	Gastrectasie.	—	Leber vergrössert.	R. N. b.
Seit 1 Jahr.	Gastrectasie (grosse Curv. nach Austreibung 2 cm u. d. Nabel). Chronischer Magencatarrh.	Obstipatio.	Leber vergrössert.	R. N. b.
Seit 2 Jahren.	Cardialgie.	—	Leber vergrössert.	R. N. b.
Seit 2 Jahren.	—	Obstipatio.	Anaemie.	R. N. b.
—	Gastrectasie (grosse Curv. 1 cm u. d. Nabel).	Obstipatio.	Leber vergrössert. Anaemie. Phthisis incipiens.	R. N. b.

No.	Name	Alter	Zahl der Geburten.	Körperbeschaffenheit. Ob Schnürthorax	Krankheit, weswegen Patientin in Behandlung kam
33	D., Dienstmädchen.	35	—	—	Gelenkrheumatismus.
34	G., Arbeitersfrau.	35	multip.	Schthr.	Sodbrennen. Schmerzen nach dem Essen in der Magengegend.
35	J.	36	—	Schthr.	Nach d. Essen Druck und Schmerz im Epigastrium.
36	N., Schneiderin.	36	—	Schlecht genährt. Schthr.	Verdauungsbeschwerden, zeitweise Erbrechen.
37	K., Landmannsfrau.	36	8	Schthr. Umf. in Höhe d. 4. Rippe 83—87, d. 11. R. 65—68.	Schmerzen im Epigastrium.
38	B.,	36	?	Mässig genährt.	Schmerzen im Epigastrium nach dem Essen.
39	W., Schuhmachersfr.	38	2	Mässig genährt.	Kopfschmerz. Schmerzen in der Lendengegend.
40	L., Schmiedsfrau.	38	3	Gut genährt. Schthr.	Schmerzen in der Lebergegend.
41	Schr., Aufwärtersfrau.	39	2	Mager. Schthr.	Aufstossen. Erbrechen. Völle in d. Magengegend.
42	T., Plätterin.	40	—	Mager. Schthr.	Schmerzen in d. Magengegend.
43	F., Räucherersfrau.	40	3	Gut genährt. Schthr.	Schmerzen in d. Lendengegend, welche beim Stehen nach d. r. Seite d. Leibes ausstrahlen.
44	K., Schlachtersfrau.	40	multip.	Schthr.	Aufstossen. Magenschmerzen.
45	T.,	40	multip.	Schthr.	Magenschmerzen.
46	R.,	40	?	Blass. Schthr.	Aufstossen. Druck im Epigastrium.
47	D., Haushälterin.	43	—	Schlecht genährt. Schthr.	Schmerzen im Epigastrium.

Zeitpunkt des Auftretens der Beschwerden	Gleichzeitiges Magenleiden	Störungen des Verdauungs-apparates	Sonstiges	Ob Niere beweglich oder dislocirt.
Seit 7 Wochen.	Gastrectasie.	—	—	R. N. b.
Seit 8 Jahren.	Gastrectasie (grosse Curv. 3 cm u. d. Nabel).	Obstipatio.	Leber vergrössert,	R. N. b.
Seit einigen Jahren.	Gastrectasie (gr. Curv. 1 cm u. d. Nabel). Chron. Magencatarrh.	Obstipatio.	—	L. N. b.
Seit 8 Jahren.	Gastrectasie (grosse Curv. nach Auftreibung 5 cm u. d. Nabel).	Obstipatio.	Leber nicht vergrössert.	R. N. b.
Seit 1 Jahr.	Gastrectasie.	—	Leber vergrössert.	R. N. b.
Seit 1 Jahr.	Chron. Magencatarrh.	—	—	L. N. b.
Seit 14 Tagen.	Gastrectasie (grosse Curv. 5 cm u. d. Nabel).	Obstipatio.	Leber vergrössert. Anaemie. Necoositas.	R. N. b.
Seit 3 Monaten.	Gastrectasie (grosse Curv. nach Auftreibung 6 cm u. d. Nabel).	Obstipatio.	Leber vergrössert. Gallensteine.	R. N. b.
Seit 3 Jahren	Gastrectasie (grosse Curv. reicht b. z. Nabel). Chron. Magencatarrh.	Obstipatio.	—	R. N. b.
Seit 8 Wochen	Gastrectasie (grosse Curv. 8 cm u. d. Nabel). Ulcus.	Obstipatio.	Leber vergrössert.	R. N. b.
Seit einigen Jahren.	Gastrectasie.	—	Schnürleber. 2 Tage nach d. Aufnahme ungeheilt entlassen.	R. N. b.
Seit 10 Jahren.	Gastrectasie.	—	—	R. N. b.
Seit mehreren Jahren.	Gastrectasie.	—	Leber vergrössert.	R. N. d.
Seit mehreren Jahren.	Gastrectasie. Chron. Magencatarrh.	—	Schnürleber.	L. N. b.
Seit 2 Jahren.	Gastrectasie (grosse Curv. 4 cm u. d. Nabel. Nach Auftreibung).	—	Leber vergrössert.	R. N. b.

No.	Name	Alter	Zahl der Geburten	Körperbeschaffenheit. Ob Schnürthorax.	Krankheit, weswegen Patientin in Behandlung kam
48	W., Oekonomenfrau.	45	4	Gut genährt.	SchmerzenimMesogastrium, die nach d. Rücken ausstrahlen.
49	W.,	45	?	—	Druckgefühl imEpigastrium.
50	U., Arbeitersfrau.	48	4	Mässig genährt. Anämisch.	Schmerzen in der Magengegend.
51	St., Arbeitersfrau.	49	?	Schthr.	Magendruck. Aufstossen.
52	Sch., Musikersfrau.	50	3	Schthr.	Magenbeschwerden,Schmerzen in d. Herzgrube. Erbrechen.
53	St., Wittwe.	52	4	Mager. Schlecht genährt. Schthr.	Schmerzen in d. r. Seite.
54	H., Arbeitersfrau.	53	4	Gut genährt. Starkes Fettpolster. Schthr.	Schmerzen in d. Magengegend, nach dem Essen zunehmend.
55	S., Arbeitersfrau.	55	multip.	Schthr.	Bitterer Geschmack. Druckgefühl in d. Magengegend.
56	J., Lokomotivführersfrau.	56	2	Mager. Schthr.	Schmerzen in d. Magengegend, welche nach Nahrungsaufnahme zunehmen.

Zeitpunkt des Auftretens der Beschwerden	Gleichzeitiges Magenleiden	Störungen des Verdauungs-apparates	Sonstiges	Ob Niere beweglich oder dislocirt.
Seit 1 Jahr.	Gastrectasie.	Obstipatio.	Leber nicht vergrössert.	R. N. b.
Seit $^1/_4$ Jahr.	Gastrectasie (grosse Curv. 2 cm u. d. Nabel).	Obstipatio.	Leber nicht vergrössert.	R. N. b.
Seit 2 Jahren.	Gastrectasie (grosse Curv. nach Auftreibung 9 cm. u. d. Nabel.	Obstipatio.	Schnürleber.	R. N. b.
Seit $^1/_4$ Jahr.	Gastrectasie.	Obstipatio.	—	R. N. d.
Seit $3^1/_2$ Jahr.	Gastrectasie (grosse Curv. nach Auftreibung 9 cm u. d. Nabel).	Obstipatio.	—	R. N. b.
Seit $^1/_2$ Jahr.	Gastrectasie (grosse Curv. 7 cm u. d. Nabel).	Obstipatio.	Leber vergrössert.	R. N. b.
Seit 8 Jahren.	Gastrectasie.	—	Leber nicht vergröss.	R. N. b.
Seit 5—6 J.	Gastrectasie (grosse Curv. 3 cm u. d. Nabel.)	—	Leber vergrössert.	R. N. b.
Seit 2 Jahren.	Gastrectasie (grosse Curv. nach Auftreibung 7 cm u. d. Nabel). Chron. Magencatarrh.	Obstipatio.	—	R. N. b.

Vita.

Ich, Hans Erich Gottlieb Riemann, Sohn des Gutsadministrators C. Riemann, bin geboren am 12. März 1862 zu Przellenk im Kreise Neidenburg in Ost-Preussen. Den ersten Unterricht genoss ich im Elternhause durch Gouvernanten, kam dann im Herbst 1870 auf das königliche Gymnasium zu Hohenstein in Ost-Preussen und verliess dasselbe mit dem Zeugniss der Reife im Herbst 1883. Von Oktober 1883—1885 studirte ich in Greifswald Medizin und bestand dort mein Tentamen physicum; während des Studiums genügte ich meiner halbjährigen Militärpflicht. Darauf besuchte ich von Oktober 1885—1886 München, um dann von Oktober 1886—1887 nach Kiel zu gehen. Meldete mich hier im Herbst 1887 zur Staatsprüfung, bestand dieselbe im Februar 1888 mit Gut und trat als Einjährig-Freiwilliger Marine-Arzt bei der I. Matrosen-Division ein, um mein zweites halbes Jahr abzudienen.

Thesen.

I.

Bei Tumoren des Auges ist die evacuatio bulbi zu verwerfen.

II.

Bei Wanderniere ist die Nephrectomie im Allgemeinen contraindicirt.

III.

Die mechanische Entfernung der diphteritischen Membranen ist zu verwerfen.